



OFFICE OF EQUITY, ACCESS,  
COLLEGE & CAREER READINESS  
Volunteers in Public Schools



VIPS APPLICATION - Khmer

ថ្ងៃ/ខែប្រគល់ទៅសាលារៀន: \_\_\_\_\_

ថ្ងៃ/ខែប្រគល់ទៅការិយាល័យ ឌីស្ត្រិច: \_\_\_\_\_

ធ្វើជា VIPS សព្វថ្ងៃ: Yes  No  សាលារៀន: \_\_\_\_\_

ជាបុគ្គលិកក្នុងក្រសួងអប់រំ ឌីស្ត្រិច សព្វថ្ងៃ: Yes  No

**ការដាក់ពាក្យសំរាប់ស្នើសុំធ្វើជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត**

**ក្រដាសដាក់ពាក្យ គិតរូបការបំពេញរៀងរាល់ បួន ឆ្នាំ**

**សំរាប់សំនួរផ្សេងៗស្តីអំពីការបំពេញក្រដាសដាក់ពាក្យ គិតរូបទាក់ទងជាមួយអ្នកចាត់ចែងកម្មវិធី VIPS នៅតាមសាលារៀន**

**ព័ត៌មានទាក់ទង (សូមសរសេរច្បាស់)**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

ត្រកូល

ឈ្មោះហៅ

លេខទូរស័ព្ទ #

អាសយដ្ឋានផ្ទះ: \_\_\_\_\_

ផ្លូវ

លេខបន្ទប់

ទីក្រុង

លេខប្រចាំសង្កាត់

ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_\_

អ៊ីម៉ែល: \_\_\_\_\_

ប័ណ្ណ ID រដ្ឋ ដែលមានរូបថត និង កំពុងប្រើការបាន \_\_\_\_\_ (សូមគិតបញ្ចប់មកដល់ប័ណ្ណ ID គូពី ដែលមានរូបថតរបស់អ្នក ដូចជា: ប័ណ្ណបើកបរក្នុងរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ា ប័ណ្ណ ID កាលីហ្វ័រញ៉ា ប័ណ្ណ ID ទាហាន ឬ លិខិតឆ្លងដែន ។ រូបថតរបស់អ្នក គឺត្រូវបង្ហាញភាពច្បាស់)

សាលារៀន: \_\_\_\_\_

**សាលាមធ្យមសិក្សា/ហាយស្កូល:**

គ្រូបង្រៀន/អ្នកមើលខុសត្រូវ \_\_\_\_\_

កំពុងធ្វើការនៅក្នុងក្រសួង \_\_\_\_\_

កំពុងធ្វើការជាមួយសិស្ស: Yes  No

**កម្មវិធីពិសេស:**

Intern: Yes  No  **អ្នក Intern ទាំងអស់ត្រូវបង្ហាញការផ្តិតមេដៃ**

កម្មវិធីពិសេស: \_\_\_\_\_

អ្វីផ្សេង: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះកូន: \_\_\_\_\_ ថ្នាក់ទី: \_\_\_\_\_ គ្រូបង្រៀន: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះកូន: \_\_\_\_\_ ថ្នាក់ទី: \_\_\_\_\_ គ្រូបង្រៀន: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះកូន: \_\_\_\_\_ ថ្នាក់ទី: \_\_\_\_\_ គ្រូបង្រៀន: \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន**

តើអ្នកធ្លាប់មានរោគ រលេង ទេ? (មិនមែនការជោះស្បែក TB) Yes  No  បើឆ្លើយថា "yes" តើនៅពេលណា? \_\_\_\_\_

តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលការជោះស្បែកបង្ហាញជា positive (PPD) ទេ? Yes  No  បើឆ្លើយថា "yes" តើនៅពេលណា? \_\_\_\_\_

**សូមគិតបញ្ចប់ក្រដាស គូពី ដែលបង្ហាញលទ្ធផលរោគ រលេង ឬ ក្រដាសឆ្លើយសំនួរតាមរយៈស្នងវាស់ ដែលបញ្ជាក់ជាសញ្ញាប័ត្រត្រឹមត្រូវ មកជាមួយក្រដាសដាក់ពាក្យនេះ ។**

**ត្រូវបង្ហាញ ថ្ងៃ/ខែ បានទទួលការជោះស្បែក ថ្ងៃ/ខែ បានទទួលការពិនិត្យ និង ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ។**

តើអ្នកអាចបំពេញកិច្ចការ ដោយមាន ឬ គ្មានជំនួយពិសេសបានទេ? Yes  No

នៅពេលមានភាពអាសន្ន សូមទាក់ទង: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទផ្ទះ/ការងារ \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទដៃ \_\_\_\_\_

**អ្នកស្ម័គ្រចិត្តទាំងអស់ ដែលនឹងបំពេញកិច្ចការទៅកាន់ក្រសួងអប់រំ ឌីស្ត្រិច និង ធ្វើការនៅក្បែរសិស្សដោយគ្មានការមើលខុសត្រូវពីបុគ្គលិក ដែលមានសញ្ញាប័ត្រស្របច្បាប់ គឺត្រូវបង្ហាញការផ្តិតមេដៃ ។**

**សូមឆ្លើយបំពេញនៅតាមទំព័របន្តបន្ទាប់ ។ សូមអាន និង បំពេញនៅតាមទំព័រទាំងអស់ ។**

**របាយការណ៍អំពីការពិនិត្យសុខភាព - ដែលត្រូវធ្វើឡើងដោយបុគ្គលិកនៅតាមមន្ទីរពេទ្យ**

បុគ្គលិកទាំងអស់ រាប់ទាំងអ្នកដាក់ពាក្យ និង បុគ្គលិកផ្សេងៗទៀត ដែលមានមុខងារថែរក្សាមនុស្សចាស់ និង កុមារ គឺ ត្រូវបង្ហាញថា ពួកគេមានសុខភាពល្អម្តងម្កាលសំរាប់បំពេញមុខងារស្របតាមការតម្រូវ ។ ការស្នើសុំពិនិត្យសុខភាពនៅ ក្នុងក្រដាសនេះ គឺត្រូវទទួលបានការបំពេញធ្វើឡើងដោយ ឬ ស្ថិតនៅក្រោមការពិនិត្យដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ។

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ
អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ

ឈ្មោះបុគ្គល	ភាយ		
មុខងារ	ប្រភេទមន្ទីរពេទ្យ	ចំនួនថ្ងៃធ្វើការមួយសប្តាហ៍	ចំនួនម៉ោងធ្វើការមួយថ្ងៃ

សេចក្តីរៀបរាប់របាយការណ៍

ប្រភេទនៃបុគ្គលទទួលពិនិត្យ (សូមគូសបង្ហាញតាមការយល់ឃើញ)

- ទារក
- មនុស្សចាស់
- បុគ្គលពិការភាពលូតលាស់
- បុគ្គលពិការរូបកាយ
- កុមារ
- មនុស្សចាស់
- បុគ្គលពិការគំនិត/អារម្មណ៍
- បុគ្គលស្រវឹងថ្នាំញៀន និង ឬ សុរា
- អ្វីផ្សេង (សូមបញ្ជាក់)

<b>សេចក្តីអនុញ្ញាតិសំរាប់ការបញ្ជាក់ព័ត៌មានអំពីផ្នែកសុខភាព</b>		
ខ្ញុំសូមផ្តល់ការយល់ព្រមបញ្ជាក់ព័ត៌មានអំពីផ្នែកសុខភាពដូចបានរាយបង្ហាញនៅក្នុងក្រដាសនេះ ។		
ហត្ថលេខានៃបុគ្គលដាក់ពាក្យ ឬ បុគ្គលិកត្រឹមត្រូវ	អាសយដ្ឋាន	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

សេចក្តីចំណាំទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត: បុគ្គល ដែលមានមុខងារថែរក្សាមនុស្សចាស់ និង កុមារនៅតាមកន្លែងស្របច្បាប់ គឺត្រូវមានសុខភាពល្អម្តងម្កាល ដោយគ្មានរោគសញ្ញា ដែលអាចប៉ះពាល់ទៅដល់កន្លែងកំពុងបំពេញមុខងារ ។ សូមមេត្តាឆ្លើយបំពេញ ព័ត៌មានដូចតទៅទាក់ទងបុគ្គលមានឈ្មោះបង្ហាញនៅផ្នែកខាងលើ ។

ការស្នើសុំពិនិត្យសុខភាពជាទូទៅ

ការស្នើសុំពិនិត្យសុខភាពស្របតាមមុខងារត្រូវបំពេញជាមួយដូចបានរៀបរាប់នៅផ្នែកខាងលើ

សេចក្តីចំណាំអំពីបញ្ហាសុខភាព ដែលអាចទាក់ទងទៅកាន់បុគ្គល អតិថិជន កុមារ ឬ បុគ្គលិកផ្សេងៗ

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ជោះស្បែកពិនិត្យរោគរមេង	<input type="checkbox"/> POSITIVE	អ្វីត្រូវព្យាបាល (បើលទ្ធផលបង្ហាញថា POSITIVE)
	<input type="checkbox"/> NEGATIVE	

ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ បានពិនិត្យសុខភាពជាទូទៅ	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត (តាមការបង្ហាញបោះត្រា)	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ
--------------------------------------	--	---------------

ការពិនិត្យសុខភាពត្រូវបានធ្វើឡើងដោយ: (ហត្ថលេខាបានចុះផ្ទាល់)	លេខទូរស័ព្ទ #	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ
--	---------------	---------------

**LONG BEACH UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**របាយការណ៍ជាប់ទោស និង ការផ្ដិតមេដៃសំរាប់អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត (Volunteers)**

សរសេរឈ្មោះ (ត្រកូល និង ឈ្មោះហៅ)	លេខសំគាល់ខ្លួន - SOCIAL SECURITY NUMBER
---------------------------------	---

ក្រសួងអប់រំ ឌីស្ត្រិក សូមអរគុណចំពោះការពេញចិត្តរបស់អ្នកមកលើការជួយបំរើសិស្ស និង សាលារៀនក្នុងនាមជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ។ ដើម្បីការពារសិស្ស គឺសូមចំណាំថា មុននឹងសំរេចទទួលយកបាន គឺក្រសួងអប់រំ ឌីស្ត្រិក និងប្រហែលជាស្នើសុំដល់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តទាំងឡាយណា ដែលធ្លាប់ជាប់ទោស ពីពេលមុនមក ឲ្យផ្តល់របាយការណ៍បង្ហាញអំពីប្រភេទទោស របាយការណ៍ probation និង របាយការណ៍ផ្សេងៗទាក់ទងតុលាការ ។ ទោស ដែលធ្លាប់ បានទទួល គឺមិនមែនជ័យទាំងស្រុងថា អ្នកមិនអាចជួយស្ម័គ្របាននោះទេ ។

**បើមិនរាយបង្ហាញទេអំពីទោសទាំងអស់ ដែលអ្នកធ្លាប់បានជាប់ទទួល គឺអ្នកនឹងមិនអាចកាត់មុខងារបានឡើយជាអ្នកស្ម័គ្រចិត្ត ។ បើអ្នកមិនរាយបង្ហាញទោស ដោយលើក្រដាសនេះក្នុងពេលឥឡូវនេះទេ គឺការិយាល័យ VIPS នឹងមិនព្រមទទួលស្គាល់ ។**

**សូមអាន និង ធ្វើតាមការតម្រូវយ៉ាងច្បាស់លាស់:**

សូមសរសេរបង្ហាញនៅផ្នែកខាងក្រោមអំពីទោសអ្វីមួយ និង ទោសទាំងអស់ ដែលរាប់បញ្ចូលផងទាំងទោសតូចតាច និង/ឬ ទោសធំ ដែលអ្នកធ្លាប់បានទទួល ក្នុងមួយជីវិតរបស់អ្នក ។ ពាក្យហៅថា កាត់ឲ្យជាប់ទោស គឺរាប់បញ្ចូលទាំងចុងចោទ ឬ សេចក្តីសំរេចមកលើអំពើប្រព្រឹត្តខុស ឬ ការរកឃើញអំពើខុស ដោយ តុលាការក្នុងការកាត់ក្តីគ្មានគណៈវិនិច្ឆ័យ ឬ សេចក្តីសំរេច បន្ទាប់ពីការចុងចោទ ដោយទទួលស្គាល់អំពើប្រព្រឹត្តខុស សូម្បីតែអ្នកមិនយល់ស្របតាមក៏ដោយ ។ បើអ្នកធ្លាប់បានទទួលទោសប្រភេទណាមួយដូចបានរៀបរាប់មក គឺសូមសរសេរបង្ហាញដោយលើក្រដាសនេះ ។ អ្នកត្រូវសរសេរបង្ហាញអំពីទោសទាក់ទងការ ប្រព្រឹត្តខុសផ្នែករដ្ឋបាល ឬ គ្រឿងញៀន ដូចតាមការបង្ហាញក្រោមច្បាប់អប់រំ Education Code sections 44010 និង 44011 និង ទោសធ្ងន់ផ្សេងៗដូចតាមការ បង្ហាញក្រោមច្បាប់ Penal Code sections 667.5 និង 1192.7 ។ សំរាប់ការជាប់ទោសផ្សេងៗទៀត ដូចតាមការបង្ហាញក្រោមច្បាប់ Penal Code section 1203.4 ក៏ត្រូវរាយបង្ហាញផងដែរ ។ ការជាប់ទោស គឺមិនមែនមានន័យថា ផ្តាច់ចោលភ្លាមៗអំពីការស្នើសុំស្ម័គ្រចិត្តអ្នកនោះទេ ។ អ្នកជាមនុស្សតែម្នាក់គត់ ដែលនឹងសំរេច ថា តើត្រូវសរសេរបង្ហាញអំពីទោស ឬ ក៏អត់ ។ បុគ្គលិកប្រចាំក្រសួងអប់រំ ឌីស្ត្រិក និងមិនអាច ព្រមទាំងនឹងមិនជួយអ្នកបានទេ ។ បើអ្នកមិនព្រមសរសេរ បង្ហាញទោស ដែលអ្នកបានទទួល គឺអ្នកនឹងមិនអាចប្រើដោះសារបានទេថា មិនយល់អំពីច្បាប់ ។

តើអ្នក កាលពីនៅវ័យក្មេង និង ជាមនុស្សធំទៅហើយ ធ្លាប់បានទទួលការ ... កាត់ឲ្យជាប់ទោស បង់ពិន័យ ជាប់ពន្ធនាគារ ជាប់ឈ្មោះក្នុង probation ពីតុលាការ ស៊ើប តុលាការឧក្រិដ្ឋ ឬ តុលាការយោធា ឬ ធ្លាប់បានគេចពីការបង់ប្រាក់ធានាចេញពីតុលាការ ដែរ ឬ ទេ? YES  NO

បង្ហាញប្រភេទទោស (សរសេរពន្យល់យ៉ាង ជិតដិតនៅក្រោយទំព័រ នេះ និង ប្រើទំព័រ បន្ថែម បើចាំបាច់)	លេខ ច្បាប់	ថ្ងៃ/ខែ និង ឆ្នាំ	កន្លែង (ទីក្រុង និង រដ្ឋ)	ទោសតូចតាច ឬ ទោសធ្ងន់?	បើធ្លាប់បាន ជាប់ពន្ធនាគារ តើជាប់ក្នុង រយៈពេល ប៉ុន្មាន?	បើត្រូវបង់ ពិន័យ \$ តើបង់ ប៉ុន្មាន?	បើជាប់ Probation គឺជាប់ពី --- ទៅ ---

តើបំណុលបើកបររបស់អ្នកធ្លាប់បានទទួលការយាត់ឲ្យយប់ប្រើមួយរយៈពេល ឬ ដឹកហូតចេញ ដែរ ឬ ទេ? ? NO  YES   
បើឆ្លើយថា YES ... សូមសរសេរពន្យល់ ដែលរៀបរាប់ផងអំពី ថ្ងៃ/ខែ, កន្លែងបានកើតឡើង, លទ្ធផល និង គិបភ្ជាប់ H6 DMV report មកជាមួយផង ។

**ការពន្យល់អំពីទោសធ្លាប់បានទទួល:**

សូមប្រើទំព័រជាបន្ទាប់ទៅសំរាប់សរសេរបង្ហាញអំពីទោស ដែលអ្នកធ្លាប់បានទទួល ។ សូមពន្យល់ក្បោះក្បាយអំពីមូលហេតុ មនុស្សចូលរួមទាក់ទង និង លទ្ធផល /ល/ ។ សូមពិនិត្យយ៉ាងជិតដិត ដើម្បីបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មាន ដែលអ្នកលើកបង្ហាញ គឺដូចគ្នានឹងប្រភេទទោសនៅលើក្រដាសនេះ ។

**ការពន្យល់អំពីព្រឹត្តិការណ៍: (គិតភ្ជាប់ជាទំព័របន្ថែម បើសិនជាចាំបាច់):**

**សូមអាននៅទំព័រផ្នែកខាងក្រោម មុននឹងចុះហត្ថលេខា:**

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ខ្ញុំបានអាន និង យល់អំពីសំណួរ និង ការរៀបរាប់បង្ហាញទាំងអស់នៅតាមទំព័រទាំងអស់ក្នុងរបាយការណ៍ជាប់ទោស ហើយចម្លើយ ដែលខ្ញុំបានលើកផ្តល់ គឺពិត ត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ ។ ខ្ញុំយល់ថា ជាមុខងារខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំអំពីការសរសេរបង្ហាញទោសទាំងអស់ និង ចំពោះអ្វី ដែលខ្ញុំបានភ្លេច ឬ មិនព្រមសរសេរបង្ហាញ គឺនឹងធ្វើឲ្យបាត់បង់ដល់ ឱកាសសំរាប់ការសុំស្ម័គ្រ ។ ខ្ញុំបានសរសេរបង្ហាញទោសទាំងអស់ ដែលខ្ញុំធ្លាប់បានទទួល ។

ខ្ញុំយល់ថា ច្បាប់នៃក្រសួងអប់រំ ឌីផ្សឺម គំរូវិញ្ញាបនបត្រផ្នែកឈ្មោះ VIPS badge របស់ខ្ញុំរាល់ពេលខ្ញុំនៅក្នុងសាលារៀន ។ ផ្នែកឈ្មោះ VIPS badge គឺជាកម្មសិទ្ធិរបស់ក្រសួងអប់រំ ឌីផ្សឺម LBSUD និង ត្រូវរក្សាទុកក្នុងសាលារៀនគ្រប់ពេល ។ ខ្ញុំយល់ស្របមិនយកផ្នែកឈ្មោះទៅផ្ទះ ឬ ទៅឲ្យមនុស្សផ្សេងទៀត ។ ខ្ញុំយល់ស្របកាត់ឈ្មោះចូល និង ចេញ រាល់លើក ដែលខ្ញុំចំណាយពេលស្ម័គ្រនៅក្នុងសាលារៀន ។ ខ្ញុំយល់ស្របរក្សាទុកព័ត៌មានអំពីការរៀន និង អាកប្បកិរិយារបស់សិស្សនៅក្នុងថ្នាក់ជាដៀងសម្ងាត់ ដែលជា កន្លែងខ្ញុំចំណាយពេលស្ម័គ្រជួយ ។

**តើអ្នកមានអ្វីទៀត? បើមិនទាន់បានសរសេរបង្ហាញសព្វគ្រប់នៅឡើយ គឺសូមឈប់ និង ផ្ញើមរសេរបង្ហាញឥឡូវនេះ ។**

<b>ហត្ថលេខានៃអ្នកសុំស្ម័គ្រ</b>	<b>ថ្ងៃ/ខែចុះហត្ថលេខា</b>

**FOR SCHOOL USE ONLY:  
KEEP COPY OF ALL DOCUMENTS ON FILE**

Application reviewed by site VIPS Coordinator: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Application checked for completeness and accuracy  Proof of TB test  and current Photo ID  are attached.

Principal Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_